Rok XXXII. Kraków, 11. Listopada 1893. Nr. 45.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O badaniu niezborności wzroku (astygmatyzmu).

Wykład habilitacyjny

Dra Franciszka Sroczyńskiego,
b. I. asystenta klin. okul. Uniw. Jag.

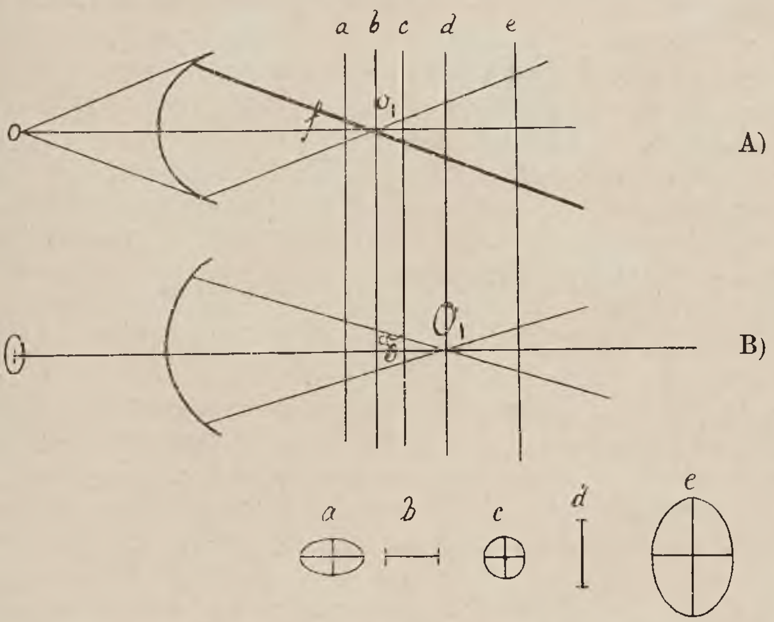
Panowie! Jeżeli do Panów zgłasza się chory, żaląc się na upośledzenie wzroku, musicie liczyć się z trzema możliwościami: 1) albo upośledzenie to zależy od zaćmień w środkach łamiących światło, albo 2) jest ono następstwem wady refrakcyi, czy akomodacyi, lub też wreszcie 3) przyczyną są zboczenia bądź w narządzie odczuwającym wrażenia świetlne, bądź też w drogach pośredniczących między narządem tym a ośrodkiem wzroku. Stary ten schemat książkowy wyczerpuje wszystkie możliwości, ale tylko teoretycznie. W praktyce napotkacie Panowie przypadki, gdzie pod żadnym z tych 3 względów zboczeń nie znajdziecie a wzrok mimo to będzie upośledzony. Jest to na szczęście dziś coraz bardziej już rzedniejąca grupa chorób ócz bez zmian materyalnych, t. zw. a m b l y o p i a. Zanim odważycie się Panowie na tak nienaukowe, ale i dziś często jeszcze konieczne rozpoznanie, musicie wprzód z całą pewnością wykluczyć wpływ wady refrakcyi, aby uniknąć fatalnych pomyłek w rokowaniu a często i w leczeniu. O ile rozchodzi się o proste, t. zw. sferyczne wady refrakcyi, jak wzrok krótki (*myopia*) i nadmiarowy (*hypermetropia*), zadanie jest bardzo proste. Zwyczajne, wedle pewnego systemu przeprowadzone próby szkłami sferycznemi prowadzą zazwyczaj do ścisłego rezultatu a tylko wyjątkowo i z innych względów potrzeba jeszcze kontroli wziernikiem.

Inaczej rzecz się ma z astygmatyzmem. Już sama natura zboczenia przynosi ze sobą pewne komplikacye, niezdecydowane i chwiejne odpowiedzi pacyentów, z których ten tylko wybrnie szczęśliwie, kto nie przywięzuje się do jednego szablonu, ale panuje zarówno nad różnemi metodami badania tej wady wzrokowej.

Zrozumienie metod tych czyni koniecznem przypomnienie pewnych właściwości optycznych oka niezbornego. Niezbornością (astygmatyzmem) nazywa optyka stan oka, w którym refrakcya w różnych południkach tego samego oka skutkiem nierównej krzywizny środków łamiących jest różną. Jeżeli największa różnica w refrakcyi tyczy się dwóch do siebie prostopadłych południków a w jednym i tym samym południku łamliwość światła jest jednaka, mamy do czynienia z astygmatyzmem regularnym; gdy zaś już w zakresie jednego i tego samego południka zachodzą w tym względzie różnice, będzie to astygmatyzm nieregularny.

W niniejszym wykładzie zajmować nas może tylko astygmatyzm regularny; nieregularny bowiem, jako następstwo plamek rogówki lub początkowych zaćmień soczewki, usuwa się z pod ogólnych prawideł. Wszystkie 3 główne stany refrakcyi mogą brać udział w astygmatyzmie. I tak możemy mieć kombinacyę wzroku miarowego z niedomiarowym lub nadmiarowym, kombinacyę niedomiarowości lub nadmiarowości o różnym stopniu, wreszcie wady refrakcyi przeciwne sprzężone ze sobą w jednem oku. W żadnym przypadku i w żadnej odległości wzrok oka niezbornego nie może być dokładnym; w oku bowiem takiem niema wspólnego ogniska, ale tylko t. zw. przestrzeń międzyogniskowa, gdzie w najlepszym razie na siatkówce łączą się tylko promienie z zakresu jednego z głównych południków, gdy w obrębie drugiego południka powstają tylko okręgi rozpierzchłe. Punkt świecący, n. p. drobny otworek w czarnej karcie zwróconej do światła, pod żadnym warunkiem nie przedstawi się jako punkt, ale raz wyda się w postaci elipsy (pionowej lub poziomej najczęściej), drugi raz linii a tylko tam, gdzie środek przestrzeni międzyogniskowej przypada na siatkówkę, przedstawi się jako koło rozpierzchłe.

Rysunek uwidoczni bliżej te stósunki.



W fig. A uwidocznionym jest przebieg promieni wychodzących z punktu o w południku pionowym o większej krzywiźnie, fig. B przebieg promieni z punktu O w południku poziomym o krzywiźnie mniejszej. Jeżeli f i F oznaczają ogniska tylne, o_1 i O_1 zaś obrazy punktu o w odpowiednich południkach, wówczas gdziekolwiek sobie pomyślimy siatkówkę, nie spotykamy się nigdzie z ostrym obrazem, ale tylko z jedną z figur a, b, c, d lub e.

Z dwóch linij do siebie prostopadłych a odpowiadających kierunkiem południkom głównym, jedna tylko mieć może zarysy wyraźne, mianowicie ta, której kierunek jest prostopadłym do południka nastawienia oka. Linię bowiem wyobrazić możemy sobie jako szereg stykających się z sobą punktów; gdzie więc punkt wedle powyższego rysunku tworzy na siatkówce linią n. p. pionową (przy akomodacyi dla promieni padających w południku poziomym), tam linie pokrywają się wzajemnie; kontur będzie ostry pod warunkiem, że kierunek linii stanowiącej przedmiot był pionowym. Gdy zaś w tych samych okolicznościach linia była poziomą, tam promienie rozpierzchają się w kierunku grubości linii: linia wyda się zatartą.

Znajomość tych właściwości oka niezbornego daje zarazem klucz do zrozumienia metod rozpoznawczych tej wady wzrokowej. Zadaniem okulisty jest tu 1) wykazać lub wykluczyć obecność astygmatyzmu, 2) oznaczyć kierunek południków głównych, 3) oznaczyć refrakcyę dla tych południków, 4) podać stopień astygmatyzmu.

Dwie główne drogi prowadzą do tego celu: 1) badanie podmiotowe, polegające na podaniach chorego, 2) badanie przedmiotowe niezawisłe od zeznań chorego. Idąc utartym szlakiem rozpoczynamy od badania podmiotowego a mianowicie od oznaczenia bystrości wzroku. Z reguły znajdujemy ją niezupełną a doświadczony okulista już z samego sposobu czytania skal druku może z pewnem prawdopodobieństwem domyślać się astygmatyzmu. Astygmatycy bowiem czytają równie biegle, jak fałszywie. Pewne błędy, jak mięszanie litery B z S, C z lit. O, powtarzają się bardzo często

Na spostrzeżeniach podobnych nie tracąc wiele czasu, przystępujemy do metod umiejętnych. Na początek zrobimy najlepiej, każąc badanemu patrzeć na figurę złożoną z krzyżujących się w jednym punkcie promieni o równej grubości i długości. Pewna część badanych dostrzeże wnet samodzielnie, że w grupie promieni tych jeden występuje najostrzej, prostopadły zaś do niego wydaje się najbardziej zatartym. Jeżeli kierunek promieni oznaczony jest wedle stopni, możemy prócz wykazania obecności astygmatyzmu oznaczyć położenie głównych południków. Byłby to jeden z najprostszych sposobów oznaczenia południków głównych, gdyby odpowiedzi chorych były stanowcze i pewne. Tak jednak nie bywa zawsze. Oczy niezborne chcąc ocenić wyrazistość rożnych promieni, dla porównania nastawiają się raz na ten, to na inny przedmiot, skutkiem czego raz ten, to inny wyda im się ostrzejszym.

Dla ułatwienia im porównania należałoby chwycić się innego sposobu, któryby pozwalał wykluczyć południki pośrednie a skoncentrować uwagę na główne. Sposób ten polega na zastósowaniu szczeliny stenopeicznej. Kręcąc poczernioną blaszkę ze szparą taką w różnych kierunkach, notujemy sobie południk, w którym szpara ta najlepiej wzrok poprawia. Jest to jeden z głównych południków; drugim będzie prostopadły do niego. Zaleta sposobu tego polega na tem, że w dalszym ciągu możemy teraz oznaczyć i refrakcyę w głównych południkach, próbując wedle znanych zasad, jakie szkło sferyczne w każdem z osobna najlepiej wzrok poprawi. Ma on jednak i słabe swoje strony, z których najważniejsza ta, że ścisłość wymagałaby użycia szpary jak najwęższej, aby rzeczywiście wykluczyć południki boczne, szpary zaś tak wązkie utrudniają oryentowanie się chorym, ścieśniając pole widzenia.

Rezultaty jeszcze mniej dokładne daje zastósowanie szpary stenopeicznej celem oznaczenia astygmatyzmu za pomocą optometru Badala. Badanie przyrządem tym odbywa się przez czytanie mikrofotograficznej skali druków, umieszczonej w poczernionej rurze poza silną soczewką dwuwypukłą, której odległość od skali druku można zmieniać dowolnie. Jeżeli wspomniana skala stanie w ognisku soczewki, wówczas soczewka zmienia promienie od niej wychodzące na równoległe; kto więc w tych okolicznościach widzi najlepiej, jest emmetropem; jeżeli druki staną w odległości mniejszej od ogniskowej soczewki, wówczas promienie wychodzące ze soczewki do oka badanego stają się rozbieżne; czytający w tych okolicznościach będzie krótkowidzem; gdy zaś skala stanie poza ogniskiem soczewki, kierunek promieni zmienia się na zbieżny a takie łączy na swej siatkówce jedynie wzrok nadmiarowy. Na tej zasadzie badając, oznaczyć możemy refrakcyę w głównych południkach na podstawie relacyi między ogniskową soczewki, odległością przedmiotu i obrazu $\frac{1}{f}=\frac{1}{a}+\frac{1}{b}$ [1]); przyrząd czyni jednak zbytecznem obliczenie, podaje bowiem rezultat gotowy w dyoptryach.

Łatwo pojąć, że wyniki w ten sposób, choć w krótkiej drodze uzyskane, nie mogą być ścisłe, bo w stósunku do rzeczywistej refrakcyi za wielkie; za wielkie zaś dlatego, ponieważ badani, wiedząc o tem, że mają coś widzieć w niedługiej rurze, instynktownie akomodują. Skutkiem tego wartości dla wzroku krótkiego wypadają za wielkie, dla nadmiarowego zaś za małe. Niedokładności metody tej możnaby zmniejszyć, porażając atropiną akomodacyę przed badaniem. Pomijając już jednak wywołaną w ten sposób blisko 10-cio dniową niezdolność do pracy u ludzi czytających, przykrości

[1]) gdzie f oznacza ogniskową, a odległość przedmiotu, b obrazu.

wywołane już samem rozszerzeniem źrenicy są tak znaczne, że okulista tylko w ostateczności winien uciekać się do tego środka.

W przypadkach, w których astygmatyzm składa się z wzroku krótkiego w obu południkach, można z korzyścią użyć metody podanej przez Ayrego. Każąc badanemu patrzeć na punkt świecący, otrzymany przez otwór w karcie czarnej, poza którą umieszczono zwierciadło wypukłe, mierzymy odległość, w której punkt ten przedstawi się jako linia n. p. pozioma, tudzież odległość, w której punkt wyda się linią do poprzedniej prostopadłą, w danym przypadku pionową. Odległości te podają punkta dali wzrokowej dla głównych południków, z nich zaś wedle znanej formuły $\frac{100}{R}$, gdzie R oznacza punkt dali wzrok., otrzymujemy stopień miopii; różnica miopii w obu południkach da nam stopień astygmatyzmu. Tam, gdzie astygmatyzm nie łączy się z krótkim wzrokiem, możnaby jeszcze od biedy użyć tej metody, gdyby przez użycie przed okiem mocniejszej soczewki wypukłej sprowadzić sztucznie wzrok krótki. Rezultat otrzymany byłby jednak wtedy tylko jako tako ścisły, gdyby była pewność, że oś użytej soczewki schodzi się ściśle z osią optyczną; inaczej wywołamy w ten sposób sztuczny astygmatyzm, pochodzący od pochylenia soczewki.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał

prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Modyfikacya przez Lawson Taita podana jest właściwie tylko zmianą nazwy. Obie więc metody operacyi cięcia cesarskiego mają swoich zwolenników i obie doskonalą się. Wartość doskonalenia techniki operacyjnej objawia się ciągłem zniżaniem się odsetki śmiertelności operowanych i to skłoniło następnie do rozszerzania wskazań do cięcia cesarskiego. Wobec pomyślnego przebiegu odstąpiono od wskazania bezwzględnego, t. j. robienia operacyi tam, gdzie nic innego nie pozostało, i wprowadzono tak zwane wskazanie względne, t. j. wykonywanie cięcia cesarskiego i tam, gdzie można było rodzącą rozwiązać przez zmiażdżenie główki. Na usprawiedliwienie tego postępowania przytoczono rozmaite, w części zupełnie słuszne względy. Skoro bowiem odsetka śmiertelności tak się obniżała, wcale jest jasnem przypuszczenie, że nie tylko zrówna się ona z odsetkiem operacyj mających na celu zmniejszenie dziecka, ale nawet może spaść, jak chcą niektórzy, i niżej. Sądzono dalej, że ze względów etycznych nie należy wykonywać kraniotomii na dziecku żywem, chociaż to bezsprzecznie obniża niebezpieczeństwo przebiegu połogu, że nareszcie tam, gdzie matka życzy sobie dla ratowania dziecka narazić się na cięcie cesarskie, nie powinno się go odmawiać. Przytoczone motywa są całkiem słuszne; atoli ocenienie ich niewątpliwie zależy w każdym przypadku od zapatrywań się operatora i okoliczności temuż przypadkowi towarzyszących. Dlatego grupy wskazań względnych prawdopodobnie nigdy ściśle się nie oznaczy. Dziwić się także nie można, że przechodząc literaturę tego działu napotyka się na zapalonych zwolenników cięcia cesarskiego na niekorzyść kraniotomii i jednocześnie na takich samych przeciwników. Nie można także pominąć i tej okoliczności, że wobec operacyi, której rozwinięcie jest zasługą najnowszych czasów, chęć robienia jej niemałą odgrywa rolę w dziale jej wskazań.

Do zapalonych zwolenników względnej indykacyi cięcia cesarskiego należą Credé, Prager, Horaks, Velits, którzy wprost twierdzą, że kraniotomia da się zastąpić tem cięciem, Berlin zaś przypuszcza nawet, że przyjdzie czas, w którym cięcie cesarskie zastąpi: przyspieszenie sztuczne porodu, sztuczne poronienie oraz embryotomia i wtenczas wedle niego będzie jedno tylko wskazanie: jeśli miednica za ciasna, aby przez nią przeszło dziecko donoszone żywe, robić należy cięcie cesarskie. Wielka szkoda, że Berlin jednocześnie nie podaje sposobu orzeczenia z matematyczną ścisłością, która tu jest konieczną, efektu zastósowania się główki do wymiarów miednicy, oraz oznaczenia dokładnego jej wielkości i ściśliwości, wobec tak bardzo różnej siły bolów porodowych. Nie tak zapalonymi zwolennikami cięcia cesarskiego, ale zawsze stanowczymi przeciwnikami perforacyi są Cameron, Murray i G. Braun, który wyklucza tylko cięcie w przypadkach zakażonych. Odwrotnie dopuszcza Saenger kraniotomię na żywych dzieciach; chce zaś, na co właściwie wszyscy zgadzają się, *accouchement forcé* zupełnie wykreślić z działu operacyj położniczych a zastąpić je cięciem cesarskiem, które wykonać należy w przypadkach, gdzie grozi przedarcie macicy z przyczyny długiego trwania porodu i słabych bolów. Carusso chciałby zastąpić cięciem kraniotomię żywych dzieci, gdyż zestawienie statystyczne wykazało mu przy perforacyi wprawdzie 93·4% żywych matek bez żywych dzieci a cięcie cesarskie tylko 89·4% żywych matek, ale zato i 90% żywych dzieci. J. Schier podaje, jako najmniejsze granice wskazania do cięcia cesarskiego, wymiar prosty wchodu 6 cm. Dalej przemawiają za wskazaniem względnem Leopold, Gouillard, Murdach oraz Halberstama, który stanowczo występując przeciw *accouchement forcé*, podaje jako nowe wskazanie do cięcia cesarskiego ciężką eklampsyę. Wtórują mu w tem zapatrywaniu się lekarze holenderscy van der Hoeven, v. d. Kaay, v. d. Poll, Horff, nasz Święcicki i inni. Odwrotnie znów wykazał Wyder, że śmiertelność przy cięciu cesarskiem wynosi 17·95%, przy kraniotomii 8·3% i uważa cięcie cesarskie z powodu wskazania względnego, przynajmniej dla praktyki prywatnej, wbrew twierdzeniu Saengera za niewłaściwe. Tego samego zdania broni Gottschalk i Grapów, którzy tak kraniotomię na żyjących dzieciach, jak i sztuczne wywołanie porodu uznają za operacye odpowiednie a wskazanie względne do cięcia cesarskiego dopuszczają tylko wyjątkowo. Gaulard zaś zupełnie wyklucza możność operowania przy wskazaniu względnem.

Wobec takiej różnicy zapatrywań się ścisłe określenie wskazań względnych nie jest możebne. Wchodzi, jak powiedziałem, w grę zaufanie osobiste operującego do operacyi, nabyte doświadczeniem, które bardzo jest względne, a często wchodzi, że się tak wyrażę, pewna intuicya, nabyta również doświadczeniem, która czasami, bez możności usprawiedliwienia teoretycznego przemawia do lekarza poród prowadzącego, że poród ten traktowany w sposób książką wskazany nie będzie przebiegał pomyślnie. Przebieg takiego porodu, jego nie dające się usunąć ani usprawiedliwić leniwe, bez efektu bóle, przedłużanie się w doby całe, które to

objawy dają poznać czasami wyraźny obraz nastąpić mającego przedarcia macicy w dalszym ciągu porodu, jeśli sztuka w niezwykły sposób nie zaradzi katastrofie. Nareszcie musi wejść w rachubę historya przebiegu porodów poprzednich a nakoniec i wola matki.

Tutaj zwrócić muszę uwagę, że jako współzawodnik względnego wskazania dla cięcia cesarskiego wystąpiło w ostatnich czasach cięcie łonowe (*symphiseotomia)*, sposób operowania, prawdopodobnie dawniej już znany w położnictwie, z końcem przeszłego wieku we Francyi próbowany i zapomniany, obecnie we Włoszech odświeżony i przeprowadzony [1]). Jak każda nowość, znalazła i ta operacya gorących zwolenników, ale i jednocześnie bardzo poważne głosy, zniżające znakomicie jej wartość i potrzebę. Sprawy tej jeszcze o tyle nie załatwiono, aby stanowcze wysnuć z niej wskazania; należy to do przyszłości. W żadnym razie, zdaje mi się, nie wykluczy ten rękoczyn cięcia cesarskiego, z powodu wskazania względnego, przynajmniej tam, gdzie wedle mego przynajmniej zdania, to względne wskazanie utrzymać należy a mianowicie:

1) w leniwym przebiegu porodu z przyczyny wiotkich i cienkich ścian macicy, obok dużego dziecka i miernego ścieśnienia miednicy, jeżeli da się wykazać, że główka nawet po odpływie wód nie postępuje ku dołowi, szyja macicy coraz więcej rozciąga się i rozcieńcza a kraniotomia napotka na znaczne trudności;

2) jeżeli przebieg porodów poprzednich wykazuje, że je zawsze ukończono zmniejszeniem sztucznem główki z przyczyny niestósunku porodowego, polegającego na zniekształceniu miednicy, nietylko w wymiarze prostym wchodu, i ciężkim przebiegiem połogu;

3) w drgawkach połogowych (eklampsya), jeżeli napady występują w końcu ciąży, powtarzają się tak często, że między nimi przytomność nie wraca a objawy uremiczne występują z całą grozą;

4) w osteomalacyi, której postęp poprzednie porody wykazały do tego stopnia, że istniejące zniekształcenie tylko z trudnością dopuszcza wykonania kraniotomii.

Rozumie się samo przez się, że w każdym z tych przypadków rozstrzygnie, czy to wyraźna wola, czy też zezwolenie rodzącej, powiadomionej o niebezpieczenstwie operacyi cięcia cerarskiego. W przypadku 3-cim rozstrzyga rodzina.

Jak tylko operacya cięcia cesarskiego nabyła prawa obywatelstwa i technikę jej udoskonalono, poczęła się walka o to, która metoda operowania jest lepszą i którą zachować należy, jako typową. Walka zacięta a zupełnie niewłaściwa. Pomijając już bowiem okoliczność, że wybór metody operowania zawsze zależy od operującego, to nie ma wątpliwości, że ani Porro ani Saenger nie wykluczają swych metod operowania wzajemnie; przy ustanowianiu atoli wskazań postępują tak bezwzględnie, że dla tych, co nie mają własnego doświadczenia, trudno zdecydować się na wybór metody operowania. Zależy to w części od przypadku, chociaż nie rzadko bardzo jest ważnem, dlaczego na jeden lub drugi sposób zdecydować się należy.

Zwolennicy metody klasycznej wedle Saengera starali się zepchnąć potrzebę użycia metody Porry tylko do tych przypadków, w których pierwsza jest wprost niewłaściwą. Jakkolwiek przyznali tem samem konieczność zatrzymania drugiej metody, to przyłączyli do niej tak niekorzystne dla operacyi warunki, że obniżyli tym sposobem odsetkę pomyślnego wyniku operacyi, co atoli przypisać należy nie tyle metodzie, ile raczej komplikacyom podczas operowania. Gdy znów obrońcy metody Porry zwrócili uwagę, że robiący cięcie cesarskie nie rzadko znajdzie się w położeniu, które go zmusza zrobić operowaną niepłodną i uchronić ją od następnych ciąży i następnych cięć cesarskich, wprowadzono do walki argumentów i etykę lekarską, której zadaniem być miało pozostawić kobiecie możność zostania matką, wypełnienia jej głównego celu życia, nawet w najniekorzystniejszych dla rodzenia okolicznościach. Bezwarunkowo więc wyższą ma być metoda klasyczna, jako etyce lekarskiej i zadaniu życia kobiety odpowiednia.

Jakkolwiek wszystkie twierdzenia tego rodzaju popierają właściwie jedynie osobiste zapatrywania się, to przecież studyując materyał przeznaczony bezwzględnie do cięcia cesarskiego, trudno ochronić się od mimowolnego wrażenia, czy może nie byłoby lepiej i dla tych matek i dla tych dzieci, aby tamte nie rodziły a te się nie urodziły. W uporządkowanych stósunkach społecznych trudno przyznać, jako cel życia, rodzenie dzieci tym karlicom, pokrzywionym w każdej części ciała, jakiemi przepełnione są opisy cięcia cesarskiego na nich wykonanego. Zaszły one w ciążę przeważnie wskutek niezwykłych stósunków, brakuje im wszelkich warunków do życia a mozolna operacya ratuje im, tym, które same zaledwie nędzny żywot wloką, dziecko, będące dla nich ciężarem nie do zniesienia. Matka go ani wyżywić, ani wychować nie może a oddane pod opiekę dobroczynności publicznej, najczęściej ginie w pierwszym roku życia. Mnie się wydaje, że ten zarzut metodzie Porry zrobiony jest najsłabszym i że z tego tytułu operującemu, który zna najdokładniej towarzyszące przypadkowi operowanemu stósunki społeczne, zupełnie pozostawić należy i zastósowanie sposobu operacyjnego. Ale metoda Porry pomimo całej opozycyi ma pewne zalety, które jej wartość ponad metodę klasyczną często podnoszą. I tak, jakkolwiek osteomalacya nie jest cierpieniem, któreby występowało u kobiet, jakie powyżej opisałem, i owszem wydarza się i u takich, co posiadają wszelkie warunki życia, to w przypadkach, gdzie to cierpienie stanowi podstawę zniekształcenia kości, wywołujące potrzebę cięcia cesarskiego, najgoretsi nawet zwolennicy metody klasycznej, skłaniają się ku sposobowi operowania podanemu przez Porrę. Wielu bowiem operujących z powodu tego cierpienia widziało się zmuszonych przy cięciu klasycznem wykonać dodatkowo i kastracyę, w celu leczenia choroby kości. Wykonywano ją rozmaicie, albo przez podwiązanie a później przecięcie trąbek, albo przez wycięcie jajników; w każdym razie z utratą płodności w metodzie Saengera.

Podwiązanie trąbek zalecił Blundell (1840), za nim Lungren (1880) i Champneys. Okazało się niezupełnie pewnem. Falaschi [1]) przynajmniej opisał przypadek, w którym przy cięciu cesarskiem podwiązał trąbki. W 63 dni po operacyi wystąpiła regularność a w 7 miesięcy ciąża powtórna i powtórne cięcie cesarskie. Drugi raz podwiązał trąbki, każdą podwójnie i przeciął między oboma podwiązkami. Pomimo to na nowo miała wystąpić regularność. Tak samo

[1]) Cercha. Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski*. 1893.

[1]) Centrbl. f. Gynaek. 39. 1892.

postąpił z podwiązaniem i przecięciem trąbek Crimail [1]), operując drugi raz tę samą chorą cięciem cesarskiem. Takie niepewne kastracye doprowadziły do tego, że wycinano jajniki całe, jak to wykonało wielu (Cullingworth, O'Sollivan, Murdach-Cameron, Baumann, Kissel, Velits i t. d.) i ja w swoim przypadku cięcia cesarskiego z powodu osteomalacyi tak samo postąpiłem. Dowodzi to atoli, że operacyę cięcia cesarskiego metodą Saengera wykonaną, nie rzadko łączono z kastracyą, więc ze zniesieniem płodności kobiety i chociaż Gueniot [2]) w Paryżu był tyle szczęśliwym, że po cięciu cesarskiem z powodu osteomalacyi bez kastracyi widział wyleczenie tej choroby zupełne, co nawet wcale jest możliwem, to przecież dziś ogólnie chętnie przeciw osteomalacyi robią kastracyę a że ona dostarcza obfitego materyału do cięcia cesarskiego, więc przedstawia grupę przypadków, w których metoda Porry jest bezwarunkowo właściwszą.

Atoli osteomalacya nie jest jedynem wskazaniem do użycia metody Porry. Każdy, sądzę, ktoby dostał do operacyi mój drugi przypadek i widział cienkość ścian macicy olbrzymio rozszerzonej, jej nadzwyczaj małą siłę kurczliwości już w początku czynności porodowej, której prawie 8-dniowe trwanie ujście zewnętrzne rozszerzyło zaledwie na wielkość centa, byłby przypuszczał, że ta macica po nagłem wypróżnieniu się nie obkurczy się należycie, i przystępując do cięcia cesarskiego, byłby przygotował się na operacyę metodą Porry, choćby do zwolenników tej metody nie należał. Nie wątpię o prawdziwości twierdzenia Schauty, że podwiązanie macicy, choćby tymczasowe, powoduje jej bezwładność, ale bez tego podwiązania, czy to z pomocą drenu elastycznego, czy też z pomocą ręki asystenta, co na jedno wychodzi, nikt dziś operować nie będzie. Tłómaczenie zaś, że taka bezwładność macicy pochodzi z przedwczesnego operowania przy braku bolów porodowych, nie wydaje mi się wyczerpującem. Mam przynajmniej przekonanie, że, gdybym w przypadku drugim był jeszcze dłużej czekał na silniejsze bóle porodowe, byłbym się pierwej doczekał pęknięcia macicy. Przezorności tej nauczyły mnie dwa samodzielne przypadki pęknięcia macicy, które miałem w klinice w r. 1892. Jeden śmiertelny u matki cierpiącej na zmiękninenie kości (*osteomalacia*), po 5. raz rodzącej, drugi z niezwykle szczęśliwym przebiegiem pomyślnym, także u wieloródki, o bardzo korzystnej budowie ciała, u której pomimo obszernego pęknięcia macicy i wystąpienia płodu i łożyska do jamy brzucha, nastąpiło wyleczenie. I w pierwszym i w drugim przypadku były: nadmiarowe rozszerzenie macicy, o cieniutkich ścianach, ruchome położenie czaszkowe płodu i zupełna, pierwotna bezwładność macicy. Chore leżały w łóżku spokojnie, czynność porodowa trwała czas dłuższy z postępem nadzwyczaj małym. Odpływ krwi z części rodnych był przyczyną powołania mnie do zakładu; wykryłem samodzielne pęknięcie macicy i to jeszcze tak leniwe, że mu stan ogólny chorej wcale nie odpowiadał.

[1]) Centrbl. f. Gynaek. 3. 1892.
[2]) Tamże. 39. 1892.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Ferrier (*Les fonctions du cerveau*) wykazał, że po zniszczeniu części płatu bocznego a w szczególności zakrętu kątowego (*gyrus angularis*) następują u małp zboczenia w zakresie zmysłu wzroku. Munk (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin 1876—1877*) twierdził, że ośrodki korowe zmysłu wzroku u psów i małp leżą w korze płatu tyłogłowego. Luciani i Tamburini (*Sui centri psicosensori corticali. Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale 1879*) po wielu doświadczeniach przyszli do przekonania, że obaj poprzednio wspomniani autorowie mają słuszność, gdyż ośrodki korowe zmysłu wzroku leżą tak w zakręcie kątowatym, jak i w zakrętach sąsiedniego płatu tyłogłowego. Jeżeli się psu wytnie po obu stronach szczyt płatu tyłogłowego t. j. jego część najbardziej wypukloną, to po minieniu reakcyi zapalnej, która trwa zwykle od 3—5 dni, zwierzę staje się zupełnie obojętnem dla swego pana i w ogóle osób, które dawniej zawsze mile witało; nie okazuje żadnej obawy na widok trzepaczki, lub kija, spogląda obojętnie na ulubione dawniej potrawy i spożywa te tylko, które poznaje za pomocą węchu. Jeżeli się bliżej takiemu zwierzęciu przypatrzymy, spostrzeżemy, że ono nie jest ślepem, gdyż chodząc lub biegając, nie uderza się o stojące przedmioty i zręcznie wymija wszystkie przeszkody napotkane w drodze, ale widać, że tych przedmiotów nie poznaje, t. j. jest duchowo ślepem. W ciągu 3—5 tygodni ustępuje zwolna ta ślepota duszy i zwierzę poznaje znowu wszystkie przedmioty, jak dawniej; gdy jednakże przypatrzymy się dokładniej zachowaniu się zwierzęcia, spostrzeżemy, że ono inaczej oczy i głowę zwraca, niż dawniej, jeżeli przypatruje się pewnym przedmiotom. Dalsze badanie takiego zwierzęcia wykazuje, że pole widzenia jest u niego mocno ograniczone i że wielka część siatkówki pozbawioną jest zwykłej t. j. prawidłowej wrażliwości.

Munk twierdzi na tej podstawie, że szczyt płatu tyłogłowego zawiera tylko część ośrodków korowych zmysłu wzroku i u psa odpowiada częściom siatkówki służącym do najwyraźniejszego widzenia a więc głównie czynnym na podniety wzrokowe. Ponieważ w stanie prawidłowym pies kieruje na przedmioty głównie te właśnie części siatkowki, któremi najlepiej widzi a które mają to samo dla niego znaczenie, co plamka żółta u człowieka, przeto pozostają mu w pamięci tylko te obrazy wzrokowe, które tworzą się w korze mózgowej, odpowiadającej tym właśnie częściom siatkówki; ta zaś kora mózgowa znajduje się właśnie we wspomnianym szczycie płatu tyłogłowego. Po wycięciu tego płatu zebrane doświadczeniem obrazy pamięciowe, należące do zmysłu wzroku, prawie zupełnie nikną i pies staje się dla tego duchowo ślepym. Ponieważ jednak nie wszystkie ośrodki korowe zmysłu wzroku zostały przez to usunięte i pozostały jeszcze inne, odpowiadające obwodowym częściom siatkówki, przeto zwierzę zaczyna ćwiczyć się w patrzeniu temi właśnie dawniej mało używanemi częściami siatkówki a w odpowiednich im ośrodkach korowych zbiera ponownie utra-

cone obrazy pamięciowe wzroku i z ich pomocą uczy się na nowo rozeznawać widziane przedmioty. Ta okoliczność jest bardzo wielkiej wagi w fizyologii zmysłów, albowiem dowodzi, że pewnym częściom siatkówki odpowiadają pewne części kory mózgowej, czyli, że pewnemu uporządkowanemu t. j. stałemu ułożeniu pręcików i czopków odpowiadać musi podobne ułożenie właściwych komórek kory mózgowej.

Wspomnieć jeszcze muszę o objawach, jakie powstają wedle doświadczeń Munka, gdy się zwierzętom wytnie po jednej stronie wszystkie, ile możności, ośrodki korowe zmysłu wzroku. Psy okazują się w tym razie stale duchowo ślepemi, ale tylko na oku leżącem po przeciwnej stronie miejsca operowanego. U małp wykazano natomiast ślepotę na obu oczach tego rodzaju, że po wycięciu ośrodków korowych zmysłu wzroku po stronie lewej nastąpiła ślepota lewej strony każdego oka i na odwrót; czyli inaczej mówiąc, małpa staje się po takiej operacyi hemiopiczną. Doświadczenie to dowodzi zarazem, że u psów mamy do czynienia z zupełnem, u małp zaś tylko z częściowem skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych. Jak się rzecz ma u człowieka, tego naturalnie doświadczeniem wykazać nie można, ale patologia uczy, że człowiek w tym względzie zachowuje się jak małpa.

Wernicke (*Archiv für Physiologie 1878*) i Baumgarten (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften 1878*) ogłosili odnoszące się do tego przypadki chorobowe stwierdzone sekcyą i wykazali, że u osób, u których za życia była wybitna hemiopia, znaleziono po śmierci rozległe zniszczenia w korze mózgowej płatu tyłogłowego strony odpowiedniej.

Podobne doświadczenia robiono w zakresie zmysłu słuchu i przekonano się, że ośrodki korowe tego zmysłu leżą w płacie skroniowym, gdyż po ich wycięciu powstaje głuchota duszy. Psychiatrzy, należący do różnych obozów, chociaż na tych samych danych opierają się, przychodzą jednak do zupełnie innych wniosków. Zgadzają się w tem, że zwierzęta, względnie ludzie pozbawieni odpowiednich ośrodków korowych mają poczucia odnoszące się do zakresu właściwych zmysłów. Poznają dzień i noc, mogą chodzić swobodnie i wymijać zręcznie przedmioty w drodze się znajdujące, wstrząsać się na huk wystrzałów i t. p., jednakże nie potrafią rozpoznać przedmiotów otaczających, ani rozumieć słyszanych wyrazów. Z tego wnoszą jedni, że ośrodki zmysłowe podkorowe służą tylko do tworzenia elementarnego poczucia zmysłowego a nie do odczuwania złożonych obrazów zmysłowych, drudzy zaś twierdzą, że w ośrodkach tych powstaje całkowite poczucie zmysłowe a osoby, których się to tyczy, względnie zwierzęta dla tego tylko przedmiotów widzianych nie rozpoznają i słyszanego głosu nie rozumieją, że będąc pozbawione ośrodków korowych zmysłowych, pozbawione są także ustalonych tamże obrazów pamięciowych, pochodzących od dawniej otrzymanych wrażeń zmysłowych, z któremi świeże wrażenia muszą porównać, jeżeli mają je zrozumieć. Ludzie tacy, względnie zwierzęta, podobni są do noworodków, które także przedmiotów rozeznać nie potrafią, chociaż je widzą, ani głosu nie rozumieją, chociaż słyszą.

Z własnego doświadczenia przytoczę odpowiedni przypadek:

Dnia 7. stycznia 1890 r. przyjęto do zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie Jakóba G., liczącego lat 52, rz. kat., żonatego, chałupnika z powiatu mościskiego. Wywiady wykazują, że wspomniany od jesieni 1889 r. począł się skarżyć na osłabienie wzroku a wkrótce potem na osłabienie słuchu, co potęgowało się bardzo szybko tak, że w kilka tygodni stracił prawie całkiem wzrok i słuch. Później zaczął być niespokojnym, krzyczał, łajał i bił zbliżających się a przytem mowa straciła związek logiczny i stała się niezrozumiałą, bezmyślną i nierozumną. Porozumienie się z nim jest niemożliwe, gdyż zapytany o cokolwiek odpowiada zupełnie co innego.

Badany przedstawia się jako mężczyzna około 60 lat liczący, miernej budowy, licho odżywiony, o cerze bladożółtawej, mięśniach wiotkich, słabo rozwiniętych, o podściółce tłuszczowej zanikającej. Zapytany o cokolwiek pyta się najpierw „Co?“ a potem po powtórzeniu pytania zaczyna odpowiadać zupełnie niestósownie do pytania. Zapytany, n. p. jak się nazywa, mówi: „To nie Kasia, czego chcecie, ratujcie mię, ja nieszczęśliwy, gdzie Kasia, krowy jeszcze nic nie jadły“. Zapytany, ile ma lat, mówi: „Tak, tak, pewnie deszcz będzie a tu trzeba orać i bydło pędzić na pastwisko. Kasi niema, ja chory a kto będzie robił? Możeby jaki sąsiad przyszedł co pomódz; jak wyzdrowieję, to się odpłacę“. Na pytanie, czy dawno chory, mówi: „Ktoś tu jest, ale gdzie Kasia, zawołajcie mi Kasi, niech mi powie, gdzie się co robi, bo ja nic nie wiem“.

Dokładne badanie chorego wykazuje, że obwodowe, dostępne badaniu części zmysłu wzroku i słuchu są bez zmian widocznych. Chory ma poczucie światła; gdy bowiem zaczyna się rozwidniać, mówi: „Już dzień się robi a ja leżę i leżę“. Poznaje zmrok, bo mówi: „Noc zapada a Kasi nie ma i nie ma, gdzie ona poszła?“ Przy zapaleniu lampy woła: „Jakiś blask widzę, pewnie będzie burza“; skierowawszy oczy w stronę światła, mówi: „To jakiś pożar, gwałtu! Kasiu! coś się pali“. Wstaje z łóżka, idzie ku światłu, wyciąga ostrożnie ręce, napotyka stół, mówi; „to stół a to światło na stole“, maca rękami po stole i doszedłszy do lampy, omacuje ją ostrożnie ze wszystkich stron i mówi: „To pewnie lampa, czy coś takiego, Kasiu! co to jest? Gdzie Kasia? ja chcę iść na stronę, nie wiem którędy, to nie moja chata, gdzie ja jestem?“ — przytem rozgląda się na wszystkie strony. Za zbliżeniem się jakiejkolwiek osoby, często zrywa się nagle z łóżka, wołając lękliwie: „Kto to?“ lub „Co to jest? Kasiu, to ty? Gdzie ty jesteś, ja ciebie nie widzę, ani nie słyszę“. Za zbliżeniem się jakiegokolwiek przedmiotu do swej osoby, podnosi ręce i stara się dotknąć przedmiotu, omacuje go potem na wszystkie strony i zwykle dobrze rozpoznaje. Przy podawaniu pokarmów maca najpierw naczynie, potem wpatruje się i wącha; podaną do rąk łyżkę rozpoznaje jako taką, mówi, to łyżka, zaczyna jeść, kosztując najpierw ostrożnie. Pokarmy rozpoznaje; powonienie, smak i czucie są więc utrzymane.

Badanie słuchu wykazuje tylko nieokreślone poczucie tego zmysłu. Zegarek rozpoznaje dopiero po omacaniu; klaskanie silne w dłonie uważa czasem za krzyk, bo pyta się „kto krzyczy?“ Słyszy, że się do niego mówi, bo prawie zawsze pyta się: „Co?“ lub „czego chcecie?“ Czasem dodaje: „Nie słyszę dobrze. Ja się nazywam Jakób G. a wy jak się nazywacie?“

W całem swojem zachowaniu się zdradza chory niepewność, brak należytego oryentowania się w przestrzeni, często lęk i przerażenie. Sen i apetyt dość dobre. Ruchy chwiejne, niepewne, powolne, ale nie poraźne. Leków żadnych zażywać nie chce; wszystko wogóle, co ma smak niezwykły, zaraz wypluwa i wyrzuca. Stan chorego nie zmie-

niał się wcale przez cały czas pobytu w zakładzie. Dnia 1. kwietnia 1890 r. nastąpił nagły zapad, tętno 140, gorączka 40·2°C., dreszcze, duszność znaczna, kaszel i sinica. Badanie wykazało zapalenie płuc, które zakończyło się śmiercią dnia 3. kwietnia o godz. 7. rano.

Oględziny pośmiertne wykazały: Na podstawie mózgu, przy dolnej i tylnej powierzchni obu płatów tyłogłowowych widać ogniska rozmiękłe, płaskie, około 3 cm. szerokie, 5 cm. długie; kora mózgowa jest w tem miejscu zupełnie zniszczona wraz z częścią substancyi białej mózgu. Wytworzone w ten sposób i symetrycznie ułożone jamy wypełnione są cieczą surowiczą i mają podobieństwo do torbieli, których ściany wewnętrzne okazują powierzchnię nierówną, strzępiastą. Na dolnej powierzchni obu płatów skroniowych widać podobne, ale o połowę mniejsze torbiele. Mózg i opony miernie obrzękłe, ostatnie zgrubiałe, zwłaszcza w miejscu opisanych torbieli. Kora mózgowa miernie zwężona, dobrze odgraniczona od substancyi białej, komórki nieco rozszerzone, wypełnione cieczą surowiczą. Cały mózg wraz z oponami waży 1400 gramów. W płacie środkowym i dolnym płuca prawego, jakoteż w dolnym płuca lewego, widać stożkowatego kształtu ograniczone miejsca bezpowietrzne, zbitsze i kruchsze, mocno przekrwione. Podstawy stożków zwrócone są ku opłucnej, wierzchołki zaś ku wnęce płuc. Zresztą płuca mocno obrzękłe a na powierzchni opłucnej, zwłaszcza na podstawie owych stożków, widać nalot wypociny świeżej, włóknikowej; pod opłucną zaś wybroczyny świeże, dość rozległe. Serce niezwykłej wielkości (*cor bovinum*), powiększone we wszystkich wymiarach, najbardziej jednak w lewej swej połowie, gdzie mięsień okazuje się przeszło 3 razy grubszym, niż w stanie prawidłowym, jednakże jest przytem znacznie kruchszym i żółtawo zabarwionym. Osierdzie gładkie, śródsierdzie nieco zgrubiałe, przy zastawkach ćme. Zastawka trójkończysta i dwukończysta miernie zgrubiałe; ostatnia niezupełnie domyka. Zastawki tętnicy płucnej prawidłowe, zastawki półksiężycowe tętnicy głównej o powierzchni nierównej, znacznie zgrubiałe, twarde, niepodatne, częściowo zwapniałe nie domykają należycie. Tętnica główna przeszło 3 razy szersza, bardzo znacznie miażdżycowo zwyrodniała, o powierzchni wewnętrznej bardzo nierównej, chropowatej, z wieloma zaułkami, częściowo pokrytymi skrzepami częścią świeżymi, częścią dawniejszymi, odbarwionymi, przylegającymi do swej podstawy i zmieniającymi się w brodawkowate wyrośle, dosyć kruche i łatwo się odrywające. Tętnice obwodowe, nie wykluczając mózgowych, zwyrodniałe miażdżycowo w mniejszym stopniu. Wątroba znacznie stłuszczona, krucha, przedstawia wybitny rysunek przeciętej muszkatuły. Śledziona miernie powiększona, torebka jej zgrubiała, nieco pomarszczona, miąższ zbitszy z powodu przerostu beleczek tkankołącznowych. Nerka lewa bez widocznych zboczeń; torebka schodzi łatwo, rysunek na przecięciu wyraźny, substancya korowa od rdzeniowej dobrze i wyraźnie odgraniczona. W nerce prawej świeży, stożkowaty zawał krwawy (*infarctus*), podobny jak w płucach.

Obraz ten wyjaśnia dostatecznie wszystkie objawy chorobowe, widziane za życia. Znaczna miażdżyca tętnicy głównej z tworzącymi się skrzepami na jej powierzchni wewnętrznej, dała powód do tworzenia się zatorów (*emboliae*) z następowymi zawałami krwawymi. Pierwsze takie zatory pokazały się w mózgu i to prawdopodobnie równocześnie w czterech jego częściach a mianowicie w tylnych i dolnych częściach obu płatów tyłogłowowych i skroniowych. Po zatorach, które ugrzęzły w substancyi białej mózgu, nastąpiły mocne zawały z następowem zniszczeniem odpowiednich części wraz z substancyą korową do nich należącą. Jakkolwiek substancya środkowa i substancya korowa mózgu zaopatrywane są przez osobne układy naczyniowe, odchodzące od wieloboku tętniczego Willizyusza, to jednak w naczyniach włosowatych kory mózgowej łączą się one znowu razem ze sobą a więc wpływają na siebie wzajemnie. Zatory w substancyi środkowej mózgu musiały sprowadzić częściowe zawały także i w sąsiedniej korze mózgowej a ponieważ wszystkie naczynia tętnicze były znacznie miażdżycowo zwyrodniałe, musiało przyjść do znaczniejszych wybroczyn, które zniszczyły stósunkowo znaczne części kory mózgowej i to właśnie w tych częściach, gdzie mieszczą się ośrodki korowe zmysłu wzroku i słuchu, co sprowadziło wystąpienie nagłe opisanej wyżej ślepoty i głuchoty duszy. Rozdrażnienie ogólne, o którem dowiedzieliśmy się z wywiadów, musiało być skutkiem odczynowego (reakcyjnego) zapalenia po zatorach, względnie po następowych zawałach krwawych. (C. d. n,)

IV. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Rozpatrując się w dowodzeniach wymienionych wyżej zwolenników teoryi Huntera, dostrzegamy li tylko teoretyczno-filozoficzne rozumowania i argumenty, faktów zaś i spostrzeżeń przekonywających wcale nie napotykamy; z wywodów tych, częstokroć opartych na wcale dowolnych i fantastycznych przypuszczeniach i domysłach, usiłowali oni wywieść, że kiła wrodzona, dziedziczna wcale nie istnieje, objawy zaś swoiste, spostrzegane niekiedy u dzieci z rodziców kiłowych, dają się wytłómaczyć innemi sprawami chorobowemi. Tak np. Henke utrzymuje, że objawy na skórze, uważane za kiłowe, wywołane są ogólną chérą; Jörg zaś wprost przeczy możliwości przekazywania dziedzicznego kiły, albowiem, jak powiada, przyrzut kiłowy nie może w żaden sposób przejść od matki do płodu, gdyż ten otoczonym jest w łonie matki zewsząd płynem i zamknięty w błonach, tworzących zupełnie odosobniony worek.

Z pośród późniejszych autorów, sprzeciwiających się uznaniu kiły dziedzicznej, wymienić tu jeszcze należy Meissnera[1]), który utrzymywał, jakoby dotknięci kiłą rodzice nie mogli przekazać choroby, jako takiej, swemu potomstwu; natomiast dzieci ich rodzą się z osłabieniem ustroju i tkanek i wskutek tego zapadają później bardzo łatwo na rozmaite osutki i objawy zołzowe, jakkolwiek przypadłości owe, zdaniem autora, nic wspólnego z kiłą nie mają. Inni idąc za przykładem Meissnera, nie chcąc pogodzić się z istnieniem kiły dziedzicznej, nie mogli wszakże przeoczyć rozmaitych swoistych wrzodów, często napotykanych u dzieci

[1]) Fr. L. Meissner. Die Kinderkrankheiten. Leipzig 1838. str. 154, 155, 362.

rodziców kiłowych; nie wahali się też zaliczyć objawów tych na karb chéry herpetyczno-zołzowej, kiły zaś tu wręcz nie upatrywali (Haar[1]), Kluge[2]). Znaleźli się i tacy, którzy przeczyli nietylko istnieniu kiły wrodzonej, lecz nie uznawali wcale swoistości przyrzutu kiłowego, zaliczając kiłę do rzędu chorób niezaraźliwych i nieudzielających się (Richond des Brus)[3]). Większy jeszcze zamęt w pojęciach ówczesnych o kile wywołać usiłował francuzki autor Jourdan[4]). Zaliczał on również kiłę do rzędu chorób nieswoistych, wszystkie zaś jej objawy przypisywał miejscowemu podrażnieniu i stanowi zapalnemu organów płciowych, który, zdaniem jego, wywoływać miał w następstwie przez sympatyę rozmaite objawy chorobowe w skórze i błonach śluzowych, jakoby mylnie kiłowemi zwane. Nie mamy tu chyba potrzeby nadmieniać, iż Jörg nie uznaje też wcale kiły dziedzicznej.

Zdaniem Devergiego[5]) wszelkie ogólne objawy kiły powstają wskutek tak zwanej flegmazyi; choroba zaś wcale nie bywa przekazywana dziedzicznie i jedynie tylko podczas porodu może się udzielić potomstwu. Ostatnie zdanie Devergiego podzielał dawniej Girtanner, później zaś i Behrend[6]).

Według Desruellesa[7]) i Murphego[8]) kiła dziedziczna wcale nie istnieje, objawy zaś u dzieci kiłowych rodziców są tylko wynikiem leczenia rtęciowego lub też wytłómaczyć się dają sympatycznem schorzeniem skóry i błon śluzowych.

Pauli[9]) twierdził, iż wobec braku wystarczających dowodów za istnieniem kiły wrodzonej przemawiających (?) należy oczekiwać, ażali nie dowiemy się o nowych okolicznościach i spostrzeżeniach, które mogłyby nas dowodnie i naocznie przekonać o istnieniu kiły dziedzicznej.

W najgorszym kłopocie znalazł się sławny francuzki syfilidolog Ricord[10]), gdy usiłował pogodzić niewątpliwe okoliczności, przemawiające na korzyść przekazywania kiły potomstwu, z panującemi ówcześnie pojęciami, przeczącemi istnieniu kiły dziedzicznej. Chcąc albowiem wytłómaczyć całą tę sprawę zawiłą i ciemną, jeszcze więcej ją zawikłał dołączywszy do dawnych teoryj swą własną, której nie można zaliczyć do zbyt trafnych: utrzymywał mianowicie Ricord, że kiła pierwszorzędna rodziców przekazuje się potomstwu w postaci drugorzędnych, drugorzędna zaś kiła rodziców wywołuje u dzieci trzeciorzędne objawy kiłowe, trzeciorzędna zaś kiła rodziców objawia się u potomstwa w postaci zołzów.

Zestawiwszy cały szereg poglądów rozmaitych syfilidologów, przemawiających na korzyść teoryi Huntera, jakoteż rozpatrzywszy się w zdaniach ich przeciwników, przekonaliśmy się, iż corazto bardziej usuwał się grunt pod autorami, zaprzeczającymi istnienia kiły wrodzonej, i corazto trudniej przychodziło im wyszukiwanie dowodzeń teoretycznych, mogących obalić niezaprzeczone fakta ze wszech stron głoszone na korzyść kiły dziedzicznej. A że ostatnich wcale nie brakło, nic więc dziwnego, że teorye Huntera i Girtannera, nie mogły w końcu ostać się wobec niewątpliwie przemawiającej oczywistości. Pod tym względem zasłużyli się nauce obok Mahona, Bertina i innych, już wyżej wymienionych autorów: Bard[1]), Delisle[2]), Doepp[3]), Whitehead[4]), Wallace[5]), Colles[6]), Cooper[7]), Bednař[8]), Puteguat[9]), Diday[10]). Prace ostatnich sześciu autorów utrwaliły i nieco uporządkowały pojęcia o kile dziedzicznej.

Dzięki zaś badaniom i spostrzeżeniom późniejszym Hutchinsona[11]), Rosena[12]), Baerensprunga[13]), Kassowitza[14]), Flindta[15]) i Fourniera[16]) nauka o przekazywaniu dziedzicznem kiły potomstwu oparła się na mocnych i niezachwianych głównych zasadach, jakkolwiek w szczegółach tyczących się etyologii nie zdołano dojść do spodziewanych jednozgodnych wyników.

Dziś więc już nikt chyba nie wątpi o istnieniu kiły dziedzicznej, wrodzonej, z wyjątkiem chyba Hermanna, który oddawna, bo już od r. 1859., prowadzi wprawdzie namiętną, jednak bezskuteczną walkę pod hasłem dawnych Huntera teoryj, powstając przeciwko wszystkim zdobyczom wiedzy syfilidologicznej; przed kilku zaledwo laty przemówił ów sędziwy starzec, znów zabierając głos w sprawie kiły dziedzicznej i ponownie zaprzeczył, iżby miały istnieć ogólne objawy kiłowe, nie wahał się następnie dowodzić, iż kiła nie jest zaraźliwą i nie może przechodzić dziedzicz-

[1]) Graefe's und von Walther's Journal. 1839. XXVIII. str. 226.

[2]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. Berlin. 1846. I. 1. str. 18.

[3]) Richond des-Brus. De la non existence du virus vénérien. Paris. 1826/27.

[4]) M. Jourdan. Traité complet des maladies vénériennes. Paris 1826.

[5]) Devergie-ainé. Recherches historiques et médicales sur l'origine, la nature et le traitement de la syphilis. Paris. 1834.

[6]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 1.

[7]) H. M. J. Desruelles. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris. 1836.

[8]) P. J. Murphy. Practical observations thowing that mercury is the sole cause of what is termed secondary syphilis. London 1839. str. 107.

[9]) Pauli. Über Contagiosität und Erblichkeit der Syphilis. Mannheim. 1854. str. 20—43.

[10]) L'Union médicale. 1850. 51.

[1]) Archives générales de médecine. 1830. Mars. str. 420.

[2]) Tamże. 1830. Avril. str. 566.

[3]) Medicin. prakt. Abhandlungen von deutschen, in Russland lebenden Aerzten. Hamburg. 1835.

[4]) Whitehead. On the transmission from parent to offspring of some forms of disease and of morbid teints and tendences. London 1851.

[5]) Syphil dologie. 1839. I. str. 185 i następne.

[6]) A. Colles. Praktische Beobachtungen über die venerische Krankheit. Hamburg. 1839. str. 253.

[7]) S. Cooper. Traité élementaire de pathologie chirurgicale. Paris. 1841. str. 427.

[8]) Bednař. Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Wien. 1853. 4. str. 206.

[9]) Putegnat. Histoire et thérapie de la syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854.

[10]) P. Diday. Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris. 1854.

[11]) Ophtalmic Hospit Rep. 1857/59, 1859/60.

[12]) W. von-Rosen. Afkommet of syfilitiske og om genesen al den medfødte syphilis. Kiøbenhavn. 1859.

[13]) F. von-Baerensprung. Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864.

[14]) M. Kassowitz. Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876.

[15]) N. Flindt. Den congenste syphilis med saerliat hensyntil det ved samme supponerede hereditetsforhold. Kjøbenhavn. 1878.

[16]) A. Fournier. Syphilis et mariage. Paris 1880.

nie na potomstwo [1]). Głos jego atoli, jak i dawniej zdarzało się nie raz, przebrzmiał bez oddźwięku, nie wywoławszy żadnego wrażenia wokoło i niezwróciwszy na się żadnej uwagi w literaturze zawodowej.

Jakkolwiek jednak wszyscy poważniejsi syfilidologowie zgadzają się zasadniczo w głównych kwestyach tyczących się przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, w wielu jednak szczegółowych i podrzędnych kwestyach nie osiągnięto do dziś dnia zgodnego porozumienia się; wobec tego zastanawiając się w następnych rozdziałach swej rozprawy nad sposobami powstawania kiły dziedzicznej, postaramy się ściślej i dokładniej zapoznać się ze wszystkimi szczegółami rozwoju i ukształtowania się dzisiejszych naszych pojęć o kile dziedzicznej a więc rozpatrzymy szczegółowiej wszystkie prace, dawniejsze i nowsze. Mając to na uwadze i chcąc unikać powtórzeń przebiegliśmy w niniejszym wstępnym rozdziale w krótkości dzieje ostatnich kilkudziesięciu lat, chociaż one obfitują w bardzo wiele prac, roztrząsających sprawę dziedzicznego przekazywania kiły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

O korzyściach nabywania nauki medycyny sądowej przez prawników i o potrzebie utworzenia stałych posad egzaminowanych lekarzy sądowych przy c. k. Sądach krajowych i obwodowych na podstawie kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Skreślił Dr. Henryk Kowalski. Tarnów. 1893. Duża 8 ka. str. 66.

Pod powyższym tytułem ogłosił autor rozprawkę zajmującą, bo poruszającą sprawy nader żywotne a ważne.

Po jędrnym wstępie udowadnia autor pierwszą tezę tytułową: o korzyściach nabywania nauki medycyny sądowej przez prawników, szeregiem przypadków sądowo-lekarskich z własnej swej praktyki, w których należyte wyjaśnienie czynu zbrodniczego było wyłączną zasługą sędziów, obznajomionych z zasadami medycyny sądowej. Temat ten godziłoby się jeszcze nieco rozszerzyć i pracę tę zamieścić w łamach zawodowego pisma prawniczego, aby stała się dostępną dla ogółu świata prawniczego, zwłaszcza zaś dla uczniów Wydziału prawniczego.

Część druga pracy, w której autor zwraca uwagę na potrzebę utworzenia stałych posad egzaminowanych lekarzy sądowych przy sądach obwodowych i krajowych, napisana jest treściwie i z prawdziwem zacięciem literackiem. Rozumowanie autora jasne, uwagi cenne i trafne podnoszą tę część, zwłaszcza jako roztrząsającą bardzo żywotny dla lekarzy temat.

Wszakżeż słusznem i sprawiedliwem wydaje się, aby lekarscy znawcy sądowi przy sądach krajowych i obwodowych posiadali w tym względzie zawodowe wykształcenie. Jeśli bowiem dziś przy ogromnym postępie wszystkich gałęzi nauki lekarskiej nie podobna, by jeden lekarz był pod każdym względem wykształcony i biegły tak teoretycznie jak i praktycznie, jeśli wielkomiejska praktyka wymaga dziś specyalistów, toż w pierwszej linii godzi się, aby sprawiedliwość opierała swe sądy na orzeczeniach znawców specyalistów. Zapatrywanie, jakiemu może jeszcze wielu hołduje, że lekarz praktyczny, biegły w swej sztuce, nie potrzebuje oddzielnych studyów i doświadczenia, aby sprostać wymaganiom sprawiedliwości, jest z gruntu mylnem i fałszywem, bo lekarz nie obznajomiony z zasadami medycyny sądowej, nie śledzący jej postępu, może łatwo popaść w obec trybunału w błąd w skutkach swych dotkliwy.

[1]) Allgem. Wiener medizinische Zeitung. 1882. 19. 20. 22. 24.

To też z prawdziwem uznaniem należy powitać pracę autora, zwłaszcza, że i strona jej techniczna odznacza się językiem gładkim, potoczystym i poprawnym.

Druk i papier bardzo dobre. *Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw krztuścowi (kokluszowi) używali za innymi Burton-Fanning i Stepp z bardzo dobrym skutkiem bromoformu. Pierwszy leczył nim 30 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 8 lat i przekonał się, że już drugiego dnia od zaczęcia zażywania bromoformu były napady kaszlu krótsze i słabsze, ustawały wymioty, wykrztuszanie było łatwiejsze i t. d. Umarło tylko jedno dziecko na zapalenie drobnych oskrzel (*bronchitis capillaris*). Dawano bromoform w zawiesinie (emulsyi) z liposoku tragankowego (*gummi tragacanthae*), syropu i wody, dziennie u dzieci po 0·10 do 0·30, u dorosłych po 1·00 do 1·50. Stepp zaś zadawał dziennie po 5 do 20 kropel w następującej formie:

133) Rp. *Bromoformii guttas 10*
Alcoholi 3·00—5·00
Syrupi simplicis 10·00
Aquae destil. 100·00
MD. in vitro coeruleo.
S. Po jednej do dwóch łyżek zażywać co godzina.

Przeciwko biegunce u gruźliczych i wynędzniałych zaleca Maragliano:

134) Rp. *Calcii phosphorici 10·00*
Tannini 1·00—2·00
Div. in dos. aeq. sex.
S. Wyżyć przez dzień.

Przeciwko świeżym, tak zwanym gośćcowym newralgiom, mianowicie w zakresie nerwu kulszowego, nerwów międzyżebrowych, ale także i nerwu troistego, tudzież w świeżym gośćcu mięśniowym (*rheumatismus muscularis*) zapisuje prof. Domański ze skutkiem po największej części bardzo dobrym, niekiedy nawet świetnym fenacetynę ze salolem i kofeiną (tej w ilości = 10% fenacetyny) mniej więcej według wzoru:

135) Rp. *Phenacetini Bayeri*
Saloli āā 2·50—4·00
Coffeini puri 0·25—0·40
M. f. p. in dos. aeq. 10 div.
S. Od 2 do 4 proszków dziennie zażywać.

Przy tym sposobie leczenia nie widziano żadnych nieprzyjemnych skutków ze strony ani fenacetyny ani salolu a prawie zawsze obchodzono się bez wstrzykiwań podskórnych morfiny, co osobliwie dla praktyki na prowincyi niemałej jest wagi.

VI. Wiadomości bieżące.

— Dnia 4. listopada b. r. odbyło się drugie posiedzenie Izby lekarskiej w Krakowie, na które przybyli wszyscy miejscowi i zamiejscowi członkowie.

Na posiedzeniu załatwiono następujące sprawy:

1) Odczytano ułożony przez Wydział projekt statutu i regulaminu dla Izby, który po zrobieniu kilku stylistycznych poprawek przyjęto i uchwalono przesłać c. k Namiestnictwu we Lwowie celem uzyskania zatwierdzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych.

2) Uchwalono budżet dochodów i wydatków na drugie półrocze b. r. oraz na cały rok 1894. Na wydatki nadzwyczajne, obejmujące 9 pozycyj, uchwalono kwotę 1285 złr. w. a., na wydatki nadzwyczajne jednorazowo kwotę 400 złr., t. j. ogółem 1685 złr. w. a.

Wydatki te pokryją w myśl ustawy opłaty lekarzy do Izby należących w ten sposób, że każdy lekarz uiści za drugie półrocze b. r. po dwa złr. w. a. w ciągu dni 14, za r. 1894 zaś po cztery złr. w. a. na raz w ciągu pierwszego półrocza tegoż roku.

— *Gazette médicale de Liège* donosi, że egiptolog prof. Macalisher w Chambridge odczytał na starożytnym papyrusie

egipskim najstarszą na świecie receptę lekarską. Jest to przepis na podniecenie porostu włosów dla matki króla Chata, drugiego z pierwszej dynastyi egipskiej, który panował w roku mniej więcej 4000. przed erą chrześciańską. Recepta ta brzmi: „Wziąć piętek psich, daktyli i kopyt oślich po równych częściach, ugotować w oliwie i tym płynem nacierać mocno skórę włosami pokrytą“. — Dowcipny dziennikarz francuski robi tu złośliwą uwagę, że środek ten zapewne nie jest gorszy od dziś używanych a tak szumnie zachwalanych.

— Dr. Capriati, asystent zakładu dla chorób umysłowych w Neapolu, robił tamże systematycznie doświadczenia z Brown-Séquardowskim płynem jądrowym i badał mianowicie jego działanie na tętno, ciepłotę, oddychanie i oporność przeciw zmęczeniu. Doświadczeń tych dokonywano na odpowiednich osobach zupełnie w sposób podany przez Brown-Séquarda za pomocą płynu sporządzonego z jąder młodych, silnych psów i królików. Skutki jednak były niepewne i nieznaczne a autor przypisuje je raczej suggestyi, niż właściwemu działaniu leczniczemu.

— W pracy umieszczonej w *Revue scientifique* zwraca Marvaud uwagę, iż mimo wszelkich usiłowań polepszenia stosunków higienicznych śmiertelność w armii francuskiej jest jeszcze bardzo znaczna i przewyższa znacznie śmiertelność w ludności cywilnej tejże samej płci i równego wieku; gdy bowiem z młodych ludzi cywilnych umiera rocznie 8 na 1000, to że żołnierzy tegoż samego wieku umiera 11 na 1000.

— Akademia wojenno-lekarska w Petersburgu liczy obecnie 22 profesorów zwyczajnych etatowych, 12 profesorów nadzwyczajnych również etatowych, 67 docentów prywatnych, 11 prosektorów, 3 laborantów, 21 asystentów, bibliotekarza z 3 pomocnikami, konserwatora muzeum geologicznego i 3 preparatorów.

— Akademia francuska wybrała w miejsce Charcota do sekcyi lekarskiej profesora kliniki lekarskiej paryskiej Potaina.

— Przed kilkoma tygodniami rozpatrywał sąd okręgowy petersburski skargę znanego prof. Jaegera, wynalazcy wełnianej bielizny trykotowej, przeciw prof. W. A. Manasseinowi, który w wydawanym przez siebie tygodniku lekarskim *Wraczu*, nazwał Jaegera „osławionym szarlatanem albo raczej obłąkanym, który niedawno w pracy przez siebie drukiem ogłoszonej nie waha się utrzymywać, że po woni wydzielin można rozpoznać narodowość, płeć, nałogi i choroby“. Prof. Manassein bronił się twierdząc, że w artykule, o który chodzi, spełnił swój tylko obowiązek, jako lekarz i redaktor pisma zawodowego. Sąd wydał wyrok uniewinniający a publiczność zgotowała prof. Manasseinowi huczną owacyę.

— Jakiś stary opiofag chiński przekonawszy się o zgubnych skutkach swego nałogu wyznaczył znaczną nagrodę za wyleczenie zeń siebie. Znalazł się ziomek, który poznawszy u jednego z lekarzy europejskich skutki wstrzykiwań podskórnych morfiny, poddał owego opiofaga działaniu tych wstrzykiwań z wielkiem jego zadowoleniem. To skłoniło szarlatana do podróży do Hongkong i ogłoszenia, iż ma środek niezawodny przeciw nałogowi palenia makowca. Wkrótce tak urosła jego klientela, iż musiał urządzić w mieście 20 oficyn, w których Chińczycy, przeważnie wyrobnicy, dają sobie dziennie nawet po kilka razy wstrzykiwać morfinę. Dopiero zgubne skutki tej nowej u Chińczyków manii skłoniły władzę miejscową do zamknięcia owych oficyn i wydania nakazu, iż morfinę wolno sprzedawać tylko na wyraźne zalecenie lekarskie.

— Pewien przemysłowiec angielski wymyślił antyseptyczne skutki do nosa zrobione z papieru japońskiego i napojone jakimś lotnym środkiem przeciwgnilnym, które, pomijając ich taniość (100 kosztuje 3·75 franków) tę mają dogodność, iż po użyciu można je spalić.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Dr. Herrnheiser habilitował się jako docent prywatny oftalmologii w uniwersytecie niemieckim. **Celowiec.** Dr. Torggler, docent prywatny w Inspruku mianowany profesorem położnictwa w szkole położnych. **Moskwa.** Dr. Aleksander Bobrow, profesor nadzwyczajny chirurgii operacyjnej, mianowany profesorem zwyczajnym chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej wydziałowej. Na jego miejsce mianowany profesor i docent prywatny Dr. Diakonow. **Juryew (Dorpat).** Docent uniwersytetu moskiewskiego Dr. Gubarew mianowany profesorem położnictwa i ginekologii. **Newcastle-on-Tyne.** Dr. I. P. Murray mianowany profesorem patologii porównawczej. **Belfast.** Dr. Johnson Symington mianowany profesorem anatomii w *Queens-College*. Dr. W. H. Thomson mianowany profesorem fizyologii. **Bonn.** Prof. Finkelnburg złożył ze względu na swe zdrowie godność profesora.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Maurycy Meyer, znany elektroterapeuta berliński i autor jednego z pierwszych podręczników elektroterapeutycznych w Berlinie. Herman Windler, fabrykant przyrządów lekarskich i narzędzi chirurgicznych w Berlinie. Dr. Frerichs, były profesor uniwersytetu marburskiego, bratanek słynnego klinika berlińskiego, w Wiesbadenie.

Sprostowanie. W wykładzie prof. Gluzińskiego *Przegląd lek.* Nr. 43, str. 553, szp. I., w. 14 od góry zamiast „prowadzi przez patologię szczegółową“, powinno być „prowadzi i przez patologię szczegółową“.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Jedyny naturalny środek przeczyszczający przyjemnego smaku

WODA MINERALNA

FRANCISZKA JÓZEFA

Woda Franciszka Józefa znajduje się we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

120—10—7 **Dyrekcya rozsyłki wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie**

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk:

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. **1 złr. 60 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 60 ct.**
„ **0·10.** „ „ „ 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 **2 złr. 60 ct.**
„ 0·05. **Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.**
„ **0·10** „ „ 0·20 **1 złr. 50 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **2 złr.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego

105—x—11 *Maryan Zahradnik.*

Tabletki z wyciągiem kaskary

wyrobu **Konstantego Wiszniewskiego**, aptekarza w Krakowie

polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje **50 centów**, lecz i na sztuki nabyć można.

Tabletki z węglanem gwajakolu

po 0·025, również uznane i do stosowania zalecone przez Komisyę przemysł. Tow. lek. krak.; słoik zawierający 25 sztuk kosztuje 1 złr.

WINO KASKAROWE

bez goryczy przyrządzone na winie Lacrima Christi, cena butelki 1 złr. 14—26—23

Pierwsza krajowa fabryka opatrunków chirurgicznych

M. L. Dobrowolskiego

w Nowej Wsi przy Krakowie, poczta Łobzów

poleca własnego wyrobu: 43—20—17

watę Brunsa, watę drzewną, watę szpitalną, wszelkie waty, juty i gazy impregnowane i sterylizowane. Również catgut, jedwab, fil de Florence, w stanie surowym lub preparowane i wogóle wszelkie opatrunki aseptyczne i antiseptyczne.

Zwraca uwagę Panów Ginekologów na **gazę jodoformową Dra Bylickiego**, do celów ginekologicznych, w formie opaski zwiniętej, 10 ctm. szerokiej, 10 m. długiej.

Jako nowość zaleca **opaski bawełniano-gumowe na żylaki**, praktyczniejsze od opasek Martina, gdyż nie sprawiają pieczenia i odpowiedniejsze do pończoch, albowiem można je na każdą nogę dowolnie i bez ucisku nawinąć.

Cenniki i próbki na żądanie.

Z czystego dochodu w bieżącym roku przeznacza 2°/₀ na budowę domu akademickiego w Krakowie.

Kąpiele borowinowe w domu

MATTONIEGO WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA ŁUG BOROWINOWY.

Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrwenności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowej. 1—21—18

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.